

KARAKTERISTIK ANAK BALITA DENGAN STATUS GIZI AKUT DAN KRONIS DI PERKOTAAN DAN PERDESAAN, DI INDONESIA (RISKESDAS 2010)

Characteristics of Children With Acute and Chronic Nutritional Status in Urban Rural Area in Indonesia (RISKESDAS 2010)

Noviati Fuada¹, Sri Muljati² dan Tjetjep S Hidayat²

Abstract. Infant health problems in the community, among others acute and chronic nutritional status. The prevalence of children under five years are wasting and stunting, for nationally at 13.6% and 36.8%. Some characteristics of the study has been done. Studies, generally only partially studied of the nutritional status classification. Comprehensive study of the characteristics expected to give advice on nutrition status improvement. Secondary data analysis Riskesdas 2010, with logistic regression (Chi-square test). Dependent variables, nutritional status of children with chronic and acute. Independent variables, parental characteristics, health utilization, health environment. Energy and protein consumption levels. To examines the relationship between acute and chronic nutritional status with characteristic factors for underfive children in rural and urban areas. Sample analysis of 10.231, sample urban 5.405 and rural areas 4.826. Variables associated with chronic nutritional status in urban areas occupation parents, education parents, economic parents' status and parental height. In the rural areas are: Occupation parents, parental education, parents' economic status, parental height, utilization of health services, and adequacy of protein energy. Variables related to acute nutritional status of children in urban areas, 'education parents, economic parents' status, utilization of health services, parental height level of adequacy of energy and protein consumption. In the rural areas are: parental height. **Conclusion:** The most associated factors with chronic nutritional status in urban and rural areas is the economic level. Whereas, with acute nutritional status in urban area is the economic level, but in rural area, is the parental-height.

Keywords: *Underfive children, Nutritional Status, Chronics and Acute*

Abstrak. Permasalahan status gizi balita yang terjadi di masyarakat meliputi permasalahan status gizi akut (BB/TB) dan kronis (TB/U). Prevalensi balita sangat kurus dan kependekan secara nasional masih cukup tinggi yaitu 13,6% dan 36,8%. Beberapa telaah karakteristik telah dilakukan, pada umumnya secara partial, pada klasifikasi status gizi tertentu. Telaah karakteristik secara komprehensif diharapkan mampu memberi saran terhadap perbaikan status gizi balita. Oleh karena itu perlu mempelajari karakteristik gizi akut dan kronis serta faktor-faktor yang berhubungan. Analisis data sekunder Riskesdas 2010, dengan regresi logistik (uji kai kuadrat). Variabel dependen, status gizi balita kronis dan akut. Variabel independen, karakteristik orang tua balita pemanfaatan kesehatan, kesehatan lingkungan dan tingkat konsumsi energi dan protein balita. Sampel analisis sebesar 10231, perkotaan 5405 dan pedesaan 4826. Variabel yang berhubungan dengan status gizi kronis di perkotaan adalah pekerjaan orangtua pendidikan orang tua, status ekonomi orang tua dan tinggi badan orang tua. Di pedesaan adalah; pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua, status ekonomi orang tua, tinggi badan orang tua, pemanfaatan pelayanan kesehatan, dan kecukupan energi protein. Variabel yang berhubungan dengan status gizi balita akut di perkotaan adalah; pendidikan orang tua, status ekonomi orang tua, pemanfaatan pelayanan kesehatan, tinggi badan, tingkat kecukupan konsumsi energi dan protein. Di pedesaan adalah; tinggi badan orang tua. Faktor yang paling berhubungan dengan status gizi kronis di daerah perkotaan dan pedesaan adalah tingkat ekonomi. Meskipun, dengan status gizi akut di daerah perkotaan adalah tingkat ekonomi, namun di daerah pedesaan, adalah tinggi badan orangtua.

Kata kunci: *Karakteristik, status gizi kronis, status gizi akut*

PENDAHULUAN

Penanganan kasus gizi buruk pada masyarakat khususnya anak balita harus dilakukan dengan mengetahui dan menyelesaikan akar permasalahan. Data

tahun 2007 memperlihatkan 13,0 persen anak balita Indonesia kekurangan gizi, dan 5,4 persen mengalami gizi buruk. (Riskesdas, 2008). Prevalensi masalah kependekan pada anak balita secara nasional masih tinggi yaitu

¹ Peneliti pada Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat

² Peneliti pada Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik

sebesar 36,8%.(Lap.Riskesdas 2008). Permasalahan status gizi anak balita meliputi status gizi akut dan kronis.

Status gizi anak balita diukur berdasarkan indikator antropometri, yaitu: berat badan dan tinggi badan menurut umur, serta berat badan menurut tinggi badan - (Supriasa dkk, 2003). Mengukur status gizi anak balita dengan indikator BB-TB menggambarkan status gizi yang bersifat akut. Penggunaan indikator TB-U menggambarkan status gizi bersifat kronis.

Beberapa studi menyatakan, faktor-faktor yang berpengaruh pada perkembangan anak balita umumnya faktor pendidikan dan ekonomi. Hasil analisis lanjut RISKESDAS 2007 Menginformasikan bahwa faktor pendidikan dan ekonomi sebagai faktor yang berpengaruh pada anak balita *stunting* (pendek) (Salimar, 2009). Permasalahan ini memerlukan perhatian semua pihak dimana kurang gizi yang terjadi pada masa anak balita bersifat *irreversible* (tidak dapat dipulihkan).

Studi karakteristik anak balita dengan status gizi akut-kronis telah banyak dilakukan, tetapi masih dilakukan secara partial, yaitu hanya pada satu klasifikasi status gizi saja (akut atau kronis saja). Mempelajari status gizi anak balita secara bersamaan, baik akut maupun kronis, baik di perkotaan maupun perdesaan, sedikitnya dapat membantu melihat akar masalah penyebab masalah gizi anak balita, sehingga dapat dilihat persamaan dan perbedaannya.

Tujuan analisis ini adalah untuk mempelajari karakteristik masalah gizi akut dan kronis serta faktor-faktor yang berhubungan berdasarkan wilayah perkotaan dan perdesaan.

BAHAN DAN CARA

Analisis menggunakan data Riskesdas 2010. Populasi adalah seluruh rumah tangga, meliputi sampel 70.000 rumah tangga. Analisis Data yang digunakan sebesar 22.296 sampel rumah tangga (31,9% sampel RT Riskesdas 2010). Sampel tersebut merupakan sampel RT yang mempunyai anak balita (0 – 59 bulan). Meliputi 33 provinsi. Proses selanjutnya dilakukan

penapisan data. Dipilih data yang lengkap (valid) sehingga diperoleh jumlah (n) yang sama pada setiap variabel. Data yang dianalisis menjadi, 10.231 sampel terdiri dari sampel perkotaan 5.405 dan sampel perdesaan 4.826 rumah tangga.

Data dikumpulkan dengan metode wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Panjang/tinggi badan diukur dengan menggunakan alat ukur multifungsi dengan ketelitian 0,1 cm. Berat badan diukur dengan timbangan berat badan digital merek AND dengan ketelitian 50 gram. Pengumpulan data dilakukan oleh enumerator yang berpendidikan D3 Kesehatan yang sudah dilatih.

Variabel terikat adalah status gizi akut (BB-TB) dan kronis (TB-U). Variabel bebas adalah sanitasi lingkungan RT (Keadaan kesehatan lingkungan di dalam rumah maupun di luar sekitar rumah meliputi variabel sirkulasi udara, penggunaan air bersih, tempat pembuangan sampah), tingkat ekonomi (kuartil), pemanfaatan posyandu/yankes, konsumsi zat gizi (energi dan protein) serta imunisasi.

Pada tahap awal analisis dilakukan verifikasi data, yaitu untuk memeriksa kelengkapan data pada setiap variabel yang dibutuhkan. Chi-Kuadrat dilakukan untuk menilai hubungan variabel terikat dengan masing-masing variabel bebas. Uji regresi logistik ganda untuk menilai faktor yang paling berhubungan dengan status gizi akut dan kronis pada anak-anak balita.

HASIL

Proporsi terbesar anak balita yang berstatus gizi kronis atau mengalami kependekan terdapat pada kelompok anak balita dengan kepala keluarga berumur ≤ 25 tahun, baik di wilayah perkotaan (33,2%) maupun perdesaan (46%). Sementara pada proporsi anak-anak balita berstatus gizi akut, proporsi terbesar pada kelompok anak balita yang mempunyai orang tua berumur 46-55 tahun, baik di wilayah perkotaan (15%) maupun perdesaan (15%).

Rata-rata berat badan anak balita (kg) di perkotaan $12,85 \pm 4,11$ kg dan di perdesaan $12,38 \pm 3,84$ kg. Rata-rata tinggi

badan anak balita di perkotaan $89,12 \pm 15,05$ cm dan di perdesaan $87,86 \pm 14,71$ cm. Terdapat perbedaan pada berat badan anak balita di perkotaan dan di perdesaan

Proporsi anak-anak balita pendek di perdesaan lebih banyak dibandingkan dengan di perkotaan. Sementara status gizi anak balita akut (BB-TB) di perkotaan sedikit lebih banyak dibanding di perdesaan yaitu sekitar 12 % dan 15 %.

Tabel 1 dan Tabel 2 memperlihatkan faktor-faktor yang berhubungan dengan

status gizi akut (BB-U) pada anak balita di Perkotaan dan Perdesaan. Di perkotaan terdapat enam variabel yang berhubungan bermakna dengan status gizi akut anak balita, yaitu variabel pendidikan orang tua, status ekonomi orang tua, pemanfaatan pelayanan kesehatan, tinggi badan orang tua, tingkat kecukupan konsumsi energi dan protein. Di perdesaan faktor yang berhubungan bermakna dengan status gizi akut anak balita hanya variabel tinggi badan orang tua.

Tabel 1. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Status Gizi Akut Pada Anak Balita di Perkotaan

Variabel Faktor	Status gizi				Crude odds ratio	95 % CI	P
	Kurus		Normal				
	n	%	n	%			
Status Ekonomi							
Miskin (1.2)	436	14.1	2657	85.9	1	Reference	
Tdk Miskin	231	10.0	2080	90.0	1.478	1.248 – 1.751	0.00*
Pendidikan Orangtua							
Rendah (\leq SLTP)	387	13.9	2396	86.1	1	Reference	0.00*
Tinggi (\geq SMU)	381	10.7	2341	89.3	1.351	1.147-1.592	
Pekerjaan Orangtua							
Tidak Tetap	240	12.1	1746	87.2	1	Reference	0.524
- Tetap	434	12.7	2985	87.3	1.060	0.896-1.253	
Pemanfaatan pelayanan Kesehatan							
Tidak	135	12.3	962	87.7	1	Reference	0.025
- Ya	556	12.9	3753	87.1	0.778	0.628-0.964	
Sanitasi Lingkungan							
Tidak Sehat	23	10.3	200	89.7	1	Reference	
Sehat	643	12.4	4539	87.6	0.810	0.522– 1.257	0.403
Imunisasi							
Tidak Lengkap	446	12.3	3183	87.7		Reference	
- Lengkap	219	12.3	1558	87.7	1	0.843 -1.191	1.000
					1.002		
Tinggi Badan Orang tua							
Salah satu atau kedua orang tua Pendek							0.005*
Kedua orang tua Normal	390	13,1	2587	86,9	1	Reference	
	277	11.4	2151	88.6	0.848	0.720 – 1.000	
Kecukupan Konsumsi energi						Reference	
- Tidak cukup	533	13,1	2538	86,9	1	0.600 -0.897	0.003*
- Cukup	133	10.0	1201	90	0.734		

Lanjutan Tabel 1. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Status Gizi Akut Pada Anak Balita di Perkotaan

Kecukupan protein	Konsumsi		Reference			
- Tidak cukup	548	12,8	4731	87,2	0.795	0.644 – 0.982 0.037*
- Cukup	118	10.5	1008	89.5		

*signifikan

Tabel 2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Status Gizi Akut Pada Anak Balita di Perdesaan

Variabel Faktor	Status gizi				Crude odds ratio	95 % CI	P
	Kurus		Normal				
	n	%	n	%			
Status Ekonomi							
- Miskin (1.2)	543	13.8	3394	86.2	1	Reference	
- Tdk Miskin	115	13.0	774	87.0	1.064	0.858-1.319	0.610
Pendidikan Orangtua							
- Rendah (\leq SLTP)	513	13.4	3312	86.6	1	Reference	
- Tinggi (\geq SMU)	137	13.7	864	86.3	1.027	0.838-1.259	0.832
Pekerjaan Orangtua	443		3430				
- Tidak Tetap	194	12.9	1395	87.1	1	Reference	0.382
- Tetap		13.9		86.1	1.090	0.907-1.311	
Pemanfaatan pelayanan Kesehatan						Reference	
- Tidak	116	12.4	823	87.6	1	0.706-1.085	
- Ya	541	13.9	3348	86.1	0.875		0.240
Sanitasi Lingkungan							
- Tidak Sehat	19	12.5	133	87.5	1	Reference	
- Sehat	640	13.7	4034	86.3	0.902	0.554 – 1.469	0.769
Imunisasi	441						
- Tidak Lengkap	216	13.5	86.5	2833	1	Reference	0.795
- Lengkap		13.9	86.1	1336	0.973	0.817 -1.160	
Tinggi Badan Orang tua							
- Salah satu atau kedua orang tua Pendek	323	15,3	1787	84,7	1	Reference	0.004*
- Kedua orang tua Normal	337	12.4	2379	87.6	0.784	0.665 – 0.924	
Kecukupan konsumsi energi						Reference	
- Tidak cukup	487	13,7	3064	86,3	1	0.816 – 1.186	0.899
- Cukup	172	13.5	1103	86.5	0.983		
Kecukupan konsumsi protein						Reference	0.236
- Tidak cukup	529	13,9	3275	86,1	1	0.713 – 1.080	
- Cukup	127	12.4	894	87.6	0.878		

*signifikan

Di perkotaan, variabel yang secara bermakna berhubungan dengan status gizi

kronis adalah status ekonomi, pendidikan, pekerjaan orang tua dan tinggi badan orang

tua (Tabel 3). Di Perdesaan (Tabel 4), selain empat variabel tersebut diatas, variabel kecukupan konsumsi protein dan pemanfaatan pelayanan kesehatan juga berhubungan bermakna dengan status gizi kronis anak balita. Data Imunisasi diperoleh

melalui wawancara terhadap ibu anak balita. Data ini mungkin sulit untuk menggambarkan data sesungguhnya karena menanyakan tentang imunisasi yang sudah dilakukan satu atau lima tahun yang lalu.

Tabel 3. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Status Gizi Anak balita Kronis di Perkotaan

Variabel Faktor	Status gizi				Crude odds ratio	95 % CI	P
	Pendek		Normal				
	N	%	n	%			
Status Ekonomi							
Miskin (1.2)	754	38.9	1183	61.1	1	Reference	
Tdk Miskin	968	27.9	2500	72.1	1.648	1.465 – 1.854	0.00*
Pendidikan Orangtua							
Rendah (\leq SLTP)	1019	36.6	1764	63.4	1	Reference	0.00*
Tinggi (\geq SMU)	703	26.8	1919	73.2	1.58	1.407 – 1.774	
Pekerjaan Orangtua							
Tidak Tetap	705	35.5	1281	64.50	1	Reference	0.00*
- Tetap	1016	29.7	2403	70.28	1.32	1.557-1.464	
Pemanfaatan pelayanan Kesehatan							
Tidak	3350	30.6	761	69.4	0.928	0.804 – 1.072	0.328
Ya	1388	32.2	2921	67.8	1	Reference	
Sanitasi Lingkungan							
Tidak Sehat	78	35.0	145	65.0	1	Reference	
- Sehat	1643	31.7	3539	68.3	1.159	0.875 – 1.535	0.340
Imunisasi			2479				
Tidak Lengkap	1150	31.7	1205	68,3	0.977	0.865 – 1.104	
Lengkap	572	32.2		67.8	1	Reference	0.734
Tinggi Badan Orang tua							
Salah satu atau kedua orang tua Pendek							
Kedua orang tua	884	36.4	1544	63.6	1	Reference	
Normal	836	28.1	2141	71.9	1.459	1.300 – 1.637	0.00*
Kecukupan konsumsi energi							
- Tidak cukup	1361	31.8	2919	68.2	1	Reference	1.000
- Cukup	358	31.8	767	68.2	0.999	0.868 – 1.150	
Kecukupan konsumsi protein							
- Tidak cukup	427	32.0	907	68.0	1	Reference	0.906
- Cukup	1295	31.8	2776	68.2	1.010	0.885 -1.154	

*signifikan

Tabel 4. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Status Gizi Kronis pada Anak Balita di Perdesaan

Variabel Faktor	Status gizi				Crude odds ratio	95 % CI	P
	Pendek		Normal				
	n	%	n	%			
Status Ekonomi							0.00*
Miskin (1.2)	1277	42.9	1700	57.1	1	Reference	
Tdk Miskin	656	35.5	1192	64.5	1.365	1.211 -1.539	
Pendidikan Orangtua							
Rendah (\leq SLTP)	1564	40.9	2261	59.1	1	Reference	0.029
Tinggi (\geq SMU)	370	37.0	630	63.0	1.177	1.019 – 1.358	*
Pekerjaan Orangtua							
Tidak Tetap	1413	41.2	2017	58.8	1	Reference	0.00*
- Tetap	519	37.2	876	62.8	1.184	1.042 – 1.346	
Pemanfaatan pelayanan Kesehatan							
Tidak	407	43.5	529	56.5	1	Reference	0.020
- Ya	1529	39.3	2361	60.7	1.191	1.031 – 1.376	*
Sanitasi Lingkungan							
Tidak Sehat	55	36.24	97	63.8	1	Reference	
- Sehat	1879	0.2	2795	59.8	0.844	0.603 – 1.181	0.365
Imunisasi							
Tidak Lengkap	1342	41.0	1032	59.0	1	Reference	0.074
Lengkap	593	38.2	950	61.8	1.122	0.991 – 1.270	
Tinggi Badan Orang tua							
Salah satu atau kedua orang tua Pendek		44.2					
Kedua orang tua Normal	1200		1515	55.8	1	Reference	0.00*
	734	34.8	1376	65.2	1.483	1.319 – 1.667	
Kecukupan konsumsi energi							
- Tidak cukup	442	43.3	579	56.7	1	Reference	0.336
- Cukup	1492	39.2	2313	60.8	1.183	1.029 – 1.361	
Kecukupan konsumsi protein							
- Tidak cukup	496	38.9	779	61.1	1	Reference	
- Cukup	1438	40.5	2113	59.5	0.936	0.821 – 1.067	0.020

*signifikan

Tabel 5, memperlihatkan signifikansi log likelihood < 0.05 dan secara signifikan p wald juga $0.00 \leq 0.05$. Uji interaksi antar variabel pendidikan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan menunjukkan tidak terdapat interaksi antara pendidikan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Nilai p = 0.000). Ini berarti efek dari pendidikan

rendah maupun tinggi tidak berbeda dalam pemanfaatan layanan kesehatan. Hasil analisis akhir memperlihatkan, bahwa tingkat ekonomi merupakan faktor yang paling berhubungan dengan status gizi akut pada anak balita di perkotaan (Tabel.5) setelah di kontrol variabel pendidikan KK dan konsumsi energi.

Tabel 5. Faktor yang paling berhubungan dengan Status Gizi Akut pada anak balita di Perkotaan

Variabel Faktor	B	Pwald	OR	95 % CI
Pendidikan KK	0.210	0.020	1.233	1.034 - 1.471
Pemanfaatan Pelayanan kesehatan	-.256	0.019	0.774	0.624 - 0.959
Tingkat ekonomi	0.246	0.006	1.279	1.072 - 1.526
Tinggi badan Orang tua	0.071	0.002	1.073	0.865 - 1.331
Kecukupan energi	-.304	0.003	0.738	0.603 - 0.902
-2 log likelihood 13337.07		G= 236.868		p value = 0.000

Faktor-faktor yang paling berhubungan pada status gizi kronis pada anak balita di Perkotaan dan Perdesaan

Analisis data multivariat dilakukan untuk mengetahui faktor yang paling berhubungan dengan status gizi kronis pada anak balita. Analisis dilakukan dengan mengikutsertakan semua variabel yang berhubungan bermakna.

Di Perkotaan, variabel pekerjaan mempunyai p wald 0.69 (≥ 0.05), oleh sebab itu variabel ini tidak disertakan pada analisis berikutnya. Selanjutnya variabel pendidikan, status ekonomi dan tinggi badan orang tua memperlihatkan bahwa signifikansi log likelihood < 0.05 . Secara signifikan p wald juga $0.00 \leq 0.05$. Uji interaksi antar variabel pendidikan dan status ekonomi menunjukkan tidak ada interaksi antara variabel pendidikan dan status ekonomi (Nilai p = 0,00). Ini berarti efek dari pendidikan rendah maupun tinggi tidak berbeda antara yang status ekonomi tinggi maupun rendah.

Faktor tingkat ekonomi (OR=1,44) merupakan faktor yang paling berhubungan dengan status gizi kronis pada anak balita di perkotaan, setelah dikontrol variabel pendidikan dan tinggi badan orang tua.

Di perdesaan, variabel yang berhubungan bermakna dengan status gizi kronis pada anak balita adalah status ekonomi, pendidikan, pekerjaan, pemanfaatan yankes, tinggi badan orang tua anak balita dan angka kecukupan konsumsi protein. Setelah di lakukan uji multi variat

tahap pertama variabel pendidikan mempunyai p wald 0,820 (≥ 0.05), sehingga variabel ini tidak disertakan pada tahap analisis berikutnya. Pada tahap ke dua variabel yang dikeluarkan adalah variabel pekerjaan, mempunyai p wald 0.46 (≥ 0.05). Hasil uji tahap terakhir, merupakan variabel yang mempunyai p wald ≤ 0.05 yaitu variabel status ekonomi, tinggi badan orangtua, pemanfaatan yankes, kecukupan protein (Tabel 6), dengan signifikansi log likelihood < 0.05 . Secara signifikan p wald juga $0.00 \leq 0.05$.

Uji interaksi dilakukan pada variabel tingkat ekonomi dan kecukupan energi protein menunjukkan tidak terdapat interaksi antara variabel tingkat ekonomi dan kecukupan energi protein (Nilai p = 0.00). Data pada Tabel 6 menunjukkan bahwa faktor paling berhubungan dengan status gizi kronis pada anak di perdesaan adalah Tingkat ekonomi (OR=1.45), setelah dikontrol variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan, tinggi badan Orang tua dan Kecukupan energi protein.

Hal menarik yang perlu kajian mendalam adalah faktor ekonomi yang paling berpengaruh, bukan tingkat kecukupan energi. Perlu diketahui, status gizi kronis merupakan status gizi berdasarkan indikator BB/U yang menggambarkan status gizi masa lalu dan sekarang, oleh karenanya faktor tingkat ekonomi, terlihat lebih signifikan. Sementara kecukupan energi protein, diambil berdasarkan recall 24 jam.

Tabel 6. Hasil uji Multivariat Faktor Faktor yang Berpengaruh pada Status Gizi Kronis di Perkotaan dan Perdesaan

Variabel Faktor	Perkotaan				Perdesaan			
	B	pwald	OR	CI	B	pwald	OR	CI
Pendidikan	0.287	0.000	1.332	1.176 – 1.510	-	-	-	-
Status ekonomi	0.367	0.000	1.443	1.272 – 1.637	0.297	0.000	1.346	1.193 – 1.519
Tinggi Badan					0.375	0.000	1.454	1.293 – 1.636
Orang Tua	0.295	0.000	1.343	1.195 – 1.510				
Pemanfaatan Yankes					0.164	0.027	1.178	1.018 – 1.363
Kecukupan protein					0.158	0.028	1.171	1.017 – 1.349
-2 log likelihood 6643.27				p value = 0.000	-2 log likelihood 6421.460 p value = 0.000			
G= 120.501					G= 50.39			

PEMBAHASAN

Faktor-faktor yang berhubungan pada status gizi akut pada anak balita di Perkotaan dan perdesaan

Status gizi akut adalah status gizi berdasarkan indikator BB-TB, dan digolongkan sebagai anak balita normal dan kurus. Indikator tersebut menggambarkan masalah gizi anak balita dalam jangka pendek. Variabel yang berhubungan dengan anak balita status gizi akut, di perkotaan dan perdesaan adalah tinggi badan orang tua. Variabel tersebut juga merupakan satu-satunya faktor yang berhubungan bermakna dengan status gizi akut pada anak balita di perdesaan. Di perkotaan selain tinggi badan orang tua, faktor-faktor lainnya meliputi : status ekonomi orang tua, pendidikan orang tua, pemanfaatan fasilitas kesehatan, dan tingkat kecukupan konsumsi energi dan protein. Walaupun faktor ekonomi, pendidikan, pekerjaan merupakan faktor yang akan berefek lama/kronis, tetapi, variabel tersebut muncul sebagai faktor status gizi akut. Hal tersebut mungkin karena persaingan hidup di Perkotaan, relatif cukup tinggi. Selain itu, lingkungan tidak mendukung tumbuh kembang, sehingga faktor tersebut mudah berdampak secara langsung (akut).

Banyaknya variabel yang berpengaruh pada status gizi akut di perkotaan menggambarkan masalah pada masyarakat urban sangat kompleks (Dickenson JP, Methuen, dkk 2002). Anak balita pada keluarga miskin kemungkinan

akan mengalami kekurangan sebesar 1,5 kali (OR=1.5; 95% CI: 1,248 – 1,751). Di perkotaan, konsumsi energi merupakan faktor proteksi pada anak balita kurus. (OR=0.73; 95% CI: 0.600-0,897, p= 0.00). Demikian halnya dengan konsumsi protein (OR=0.80; 95%CI: 0,644 – 0,982). Walaupun variabel konsumsi energi memberikan gambaran kecil, setidaknya hal ini telah menginformasikan resiko kekurangan secara dini. Dalam hal ini faktor konsumsi sebagai unsur pencegah, bukan sebagai resiko/penyebab. Di perkotaan, penduduk miskin, dengan pekerjaan tidak tetap dan berpendidikan rendah relatif sulit memenuhi kebutuhan konsumsi protein dan energi. Berbeda di masyarakat perdesaan masih dapat memenuhi kebutuhan energi secara subsistem, walaupun untuk memenuhi kecukupan proteinnya relatif sulit dilakukan. Meskipun data konsumsi yang digunakan menggunakan metoda recall 24 jam, tetapi telah memberi informasi dini yang cukup akurat sebab pada pengumpulan data konsumsi enumerator harus membeli dan menimbang contoh bahan makanan yang dikonsumsi.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi kronis pada anak balita di Perkotaan dan Perdesaan

Status gizi kronis (TB/U) merupakan gambaran keadaan kekurangan zat gizi makro-mikro. Terdapat empat variabel yang berhubungan dengan status gizi kronis di wilayah perkotaan dan perdesaan. Variabel,

ekonomi, pendidikan, pekerjaan orang tua dan tinggi badan orang tua. Karakteristik ini merupakan faktor klasik, membuktikan bahwa status gizi kronis merupakan permasalahan yang menggambarkan masa lalu dan sekarang (I Dewa Nyoman S dkk, 2003). Faktor yang berhubungan dengan status gizi kronis di perkotaan hanya empat variabel tersebut. Sedangkan di perdesaan selain ke empat faktor tersebut, terdapat terdapat dua faktor lagi, yaitu faktor pelayanan kesehatan dan kecukupan energi protein.

Berdasarkan studi terdahulu, faktor ekonomi dan pendidikan berhubungan dengan masalah kependekan (*stunting*) (Salimar dkk, 2009). Hasil analisis juga memperlihatkan gambaran yang hampir sama. Anak balita pada keluarga miskin (kuintil 1,2,3) di perkotaan akan berpeluang mengalami status gizi kronis atau mengalami kependekan sebesar 1,65 kali lebih besar dibandingkan dengan anak balita pada keluarga tidak miskin (kuintil 4,5) ($OR=1.65$; 95% CI: 1,47 – 1,86). Sementara di perdesaan kemungkinan anak balita pendek pada keluarga miskin hanya 1,36 (CI: 1,21-1,54) kali. Orang tua berpendidikan rendah (\leq SLTP) di perkotaan kemungkinan akan mempunyai anak balita pendek 1,58 kali lebih besar dibanding keluarga dengan orang tua berpendidikan tinggi (\geq SLTA) ($OR=1.58$; 95% CI: 1,41 -1,77). Sementara di perdesaan hanya 1,18 kali. Kepala keluarga (KK) yang mempunyai pekerjaan tidak tetap, di Perkotaan akan berpeluang sebesar 1,32 kali mempunyai anak balita pendek di banding keluarga dengan KK berpekerjaan tetap ($OR=1.32$; 95% CI: 1,56-1,46). Di perdesaan KK yang mempunyai pekerjaan tetap mempunyai risiko anak balita pendek sedikit lebih rendah di banding perkotaan, hanya 1,18 kali. Peluang orang tua pendek mempunyai anak balita pendek di daerah perkotaan dan perdesaan hampir sama. Peluang orang tua pendek sekitar 1,5 kali lebih besar mempunyai anak balita pendek, dibanding orang tua tidak pendek/normal. Orang tua anak balita pendek, yaitu apabila tinggi badan ayah ≤ 160 cm dan tinggi badan ibu ≤ 150 cm.

Status gizi pendek adalah akibat dari keadaan kekurangan zat gizi makro-mikro dalam jangka waktu lama. Perhatian utama

pemerintah hendaknya dilakukan pada semua sektor untuk mencegah kekurangan zat gizi mikro dan makro di masyarakat (Atmarita, 2005). Idealnya, intervensi tidak hanya dilakukan di bidang kesehatan, tetapi harus secara keseluruhan. Status gizi pendek tidak dapat dipulihkan (*irreversible*) dan berlanjut pada usia berikutnya (*retained effect*), sehingga sulit untuk dilakukan intervensi untuk kejar tumbuh tinggi badan anak balita. Upaya pencegahan dapat dilakukan sejak dalam kandungan, agar anak yang dilahirkan tidak pendek. Ibu hamil pendek, dengan suami pendek, dalam kondisi miskin, pendidikan rendah, dan pekerjaan kepala keluarga tidak tetap sebaiknya perlu mendapat intervensi baik kesehatannya maupun ekonomi. Intervensi bidang kesehatan maupun ekonomi hendaknya mengarah pada kebijakan kemandirian, baik kemandirian dalam hal pencegahan penyakit maupun kemandirian bidang finansial. Sebagai contoh dalam kriteria pemilihan kredit UKM, sebaiknya kepala RT yang sedang merintis usaha dan mempunyai anak balita lebih di utamakan. Demikian juga dengan pekerjaan yang bersifat padat karya lebih digalakkan, terutama untuk kepala RT yang mempunyai anak balita.

Anak balita kelompok umur 0 – 24 bulan lebih rentan dibanding kelompok umur lainnya. Kelompok rentan banyak mengalami gangguan pertumbuhan dan membutuhkan zat gizi lebih tinggi (Martorell R & Habitch JP, 2001). Oleh karenanya pencegahan dengan melakukan intervensi pada faktor penyebab sangat diperlukan.

Variabel kecukupan protein dan pemanfaatan fasilitas kesehatan merupakan variabel yang berhubungan dengan status gizi pendek di perdesaan. Informasi ini menunjukkan keberadaan pelayanan kesehatan di pedesaan sangat penting. Anak balita yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan kemungkinan akan mengalami kependekan sebesar 1,19 kali ($OR=1.19$; 95%CI: 1,03 – 1,38). Walaupun OR hanya 1,1 kali mengindikasikan faktor ini bukan faktor resiko, namun kenyataannya anak balita pendek yang tidak memanfaatkan lebih besar (43,5 %) di banding yang memanfaatkan (39%). Pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah perdesaan relatif sulit di akses oleh penduduk yang menyebar.

Sementara di perkotaan mudah. Sesuai gambaran perbedaan faktor yang berpengaruh terhadap dinamika masyarakat di perkotaan dan perdesaan (Dickenson JP, 2002). Faktor lainnya adalah kecukupan konsumsi protein. Anak balita dengan konsumsi protein yang tidak memadai (<80 % kecukupan energi) berisiko menjadi pendek sebesar 0,94 % (OR=94; 95% CI: 0,82 – 1,07). Kondisi tersebut disebabkan ketersediaan makanan sumber protein di perdesaan relatif sulit. Di perdesaan umumnya hewan ternak dijual dengan harga yang tidak terjangkau oleh masyarakat berpenghasilan rendah. Keadaan tersebut, umum terjadi di negara-negara berkembang. (Buckle Ka, 1997).

Faktor yang paling berhubungan dengan status gizi Akut pada anak balita di Perkotaan dan Perdesaan

Di Perkotaan, variabel, yang berhubungan bermakna dengan status gizi akut pada anak balita adalah status ekonomi, pendidikan, tinggi badan orang tua, pemanfaatan pelayanan kesehatan, konsumsi energi dan tingkat kecukupan protein. Pada tahap pertama ternyata kecukupan energi protein tidak signifikan, sehingga hanya lima variabel lainnya yang diikuti pada analisis selanjutnya.

Berdasarkan hasil uji bivariat, ternyata hanya tinggi badan orang tua sebagai faktor yang berhubungan dengan status gizi akut di perdesaan sehingga tidak dilakukan uji multivariat.

Dari analisis ini diketahui bahwa terdapat persamaan dan perbedaan karakteristik yang terjadi pada status gizi akut dan kronis, di wilayah perkotaan dan perdesaan. Secara umum berdasarkan uji bivariat faktor tinggi badan orang tua merupakan faktor yang mempunyai hubungan erat dengan status gizi (kronis maupun akut) di perkotaan maupun di perdesaan. Dengan kata lain, orang tua pendek akan melahirkan anak balita yang kurus dan pendek demikian seterusnya. Seperti halnya gambaran nutrisi pada siklus hidup (Sunita Almarsir, 2000). Telah dikemukakan bahwa masalah gizi bagaikan lingkaran setan. Masalah ada pada setiap fase

kehidupan, mulai dari pra konsepsi, hamil, tumbuh kembang hingga dewasa, permasalahan gizi akan terus menjadi sebab akibat. Lebih spesifik Kusnadi Rusmil, mengatakan bahwa penyebab *Short stature* atau perawakan pendek antara lain karena variasi normal, gangguan gizi, kelainan kromosom, penyakit sistemik atau karena kelainan endokrin (Kusnandi Rusmil, 2008). Faktor tersebut, merupakan dampak tidak langsung dari masalah ekonomi, pendidikan dan kesehatan lingkungan. Hasil penelitian terhadap 3.898 anak balita di Thailand juga membuktikan faktor yang berpengaruh terhadap stunting adalah gender tinggi badan ibu, pendidikan, pendapatan dan wilayah secara signifikan berkorelasi dengan stunting (Mongkolchat, 2002).

Faktor tingkat ekonomi merupakan faktor yang paling berhubungan (multivariat) dengan status gizi kronis baik di perkotaan maupun perdesaan. Faktor ini pun berhubungan dengan status gizi akut pada anak balita, di perkotaan. Dapat dikatakan faktor ini merupakan akar masalah dari status gizi anak balita. Hal serupa juga di alami di negara berkembang lainnya, seperti di Pakistan dan Malaysia. Hasil penelitian di Swabi-Pakistan (Khan Attak, 2010) menunjukkan faktor yang signifikan adalah jumlah anggota keluarga (keluarga besar) dan tingkat penghasilan/ekonomi rendah. Sementara di Malaysia penelitian terhadap 221 anak balita, faktor signifikan terhadap kasus stunting (pendek) dan wasting (kurus) adalah pendapatan rumah tangga \leq MR750.00 (Noorhayati M. 1997).

Munculnya beberapa faktor yang berhubungan bermakna dengan status gizi kronis pada anak balita di perkotaan maupun perdesaan, memperlihatkan bahwa anak balita pendek sangat dipengaruhi berbagai faktor yang mendasar, yang bermuara pada kemiskinan, yaitu tingkat ekonomi.

Karena miskin, tidak mendapatkan pendidikan tinggi dan selanjutnya tidak memperoleh pekerjaan tetap. Demikian halnya dengan status gizi akut di perkotaan, faktor yang berhubungan lebih kompleks. Berbeda di perdesaan, faktor yang mempengaruhi anak balita status gizi akut hanya tinggi badan orang tua. Sedikitnya faktor tersebut, mungkin karena masyarakat

masih dapat memenuhi kebutuhan hidupnya secara sub sistem.

Upaya perbaikan kesehatan terhadap anak balita usia pra sekolah di Indonesia telah menunjukkan adanya perkembangan yang menggembirakan. Terdapat tren penurunan prevalensi kurus untuk balita usia pra sekolah dari 37,5 % (Susenas, 1989) menjadi 13,6 % (Riskesdas, 2007) dan 13,3 (Riskesdas, 2010). Demikian juga indikator anak balita pendek dari prevalensi 44,5 % (Susenas, 1989) menjadi 36,8 % (Riskesdas, 2007) dan 35,6 (Riskesdas, 2010).

Terkait dengan target Millenium Development Goal (MDGs) terhadap penurunan jumlah anak-anak kekurangan gizi menjadi 17,8 % tentunya target tersebut akan dapat terlampaui. Namun, perlu tetap diwaspadai sebab gagal tumbuh yang terjadi akibat kurang gizi pada masa-masa emas akan berakibat buruk pada kehidupan berikutnya. Anak yang menderita kurang gizi (stunted) berat mempunyai rata-rata IQ 11 point lebih rendah dibandingkan rata-rata anak-anak yang tidak stunted (UNICEF, 1998). Selain itu sampai 6 bulan pertama kehidupan, pertumbuhan fisik bayi relatif sama (Boggin, 1999) namun setelah lewat 6 bulan, pertumbuhan fisik bayi sangat dipengaruhi situasi lingkungan terutama asupan zat gizi dan infeksi (Ahmad Syafiq, 2007).

Intervensi yang perlu dilakukan adalah kebijakan yang mengarah pada pencegahan. Demikian dikemukakan baik oleh Syafiq dan Hamam. Syafiq, menyatakan, masih banyak program yang sumber pendanaannya adalah dari Pemerintah Daerah (Pemda). Hal ini perlu diwaspadai karena bervariasinya kepedulian dan prioritas Pemda terhadap masalah gizi dan kesehatan. Pemerintah Pusat perlu mengawal program kesehatan¹³. Bahkan di Amerika Serikat, program Women, Infant, and Child (WIC) masih didanai oleh pemerintah federal. Sementara itu, Hamam mengemukakan, dengan dana terbatas maka intervensi yang sesuai adalah yang berimbang dan simultan, antara upaya-upaya kesehatan promotif dan preventif dan upaya-upaya kesehatan kuratif/rehabilitatif (Hamam Hadi, 2005).

Hasil kajian ini setidaknya dapat menjadi masukan, untuk kebijakan yang bersifat promotif dan preventif. Antara lain bahwa perbaikan tingkat ekonomi pada keluarga yang mempunyai balita maupun yang hamil muda, sebaiknya lebih di prioritaskan. Terutama pada keluarga miskin, tinggi badan ayah-ibu pendek, pendidikan rendah dan memiliki balita, perlu mendapat prioritas dalam pembinaan kemandirian financial. Tidak hanya bantuan langsung tapi hendaknya perlu dukungan ketrampilan bekerja maupun usaha kecil mandiri. Dukungan kemandirian bidang financial dan kesehatan perlu di upayakan oleh semua pihak yang terkait.

KESIMPULAN

1. Faktor yang paling berhubungan (Uji multivariat) dengan status gizi kronis baik di perkotaan maupun perdesaan adalah tingkat ekonomi
2. Faktor yang paling berhubungan (Uji multivariat) dengan status gizi akut di perkotaan adalah tingkat ekonomi, sedangkan di Perdesaan, tinggi badan orang tua.
3. Faktor yang berhubungan (Uji bivariat) secara keseluruhan pada status gizi kronis dan akut, baik di perkotaan dan perdesaan adalah Tinggi badan orang tua (ayah dan ibu).

SARAN

Intervensi secara umum dan multi sektor untuk pencegahan anak balita kurus dan pendek dapat dimulai pada keluarga yang tinggi badan ayah dan ibu pendek, miskin dan pendidikan orang tua rendah. Intervensi secara khusus untuk pencegahan anak balita pendek dan kurus dapat dilakukan sesuai karakteristik wilayah perkotaan dan perdesaan

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan terima kasih Bapak kepala Badan Litbangkes yang telah mengizinkan penulis menggunakan Data Riskesdas 2010 untuk penulisan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Syafiq, Ir. .MSc, PhD 2.Tinjauan Atas Kesehatan dan Gizi Anak Usia Dini, *Bappenas 17 Juli 2007*. Kutip 17 Desember 2011.
[http://staff.ui.ac.id/internal/1000400010/publikasi/Tinjauan Kesehatan Dan Gizi Anak Usia Dini.pdf](http://staff.ui.ac.id/internal/1000400010/publikasi/Tinjauan%20Kesehatan%20Dan%20Gizi%20Anak%20Usia%20Dini.pdf)
- Atmarita, (2005) Nutrition Problem in Indonesia, *Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan*, vol 28, no 28 hal.43 – 55.Bogor – 2005.
- Buckle Ka Terjemah Hari purnomo (1997), *Ilmu Pangan*. UI Press, Hal. 12 – 13 Jakarta (1997).
- Depkes RI, (2008). Laporan Hasil RJSKESDAS Indonesia, 2008
- Dickenson JP, Methuen, dkk (2002). Geografi Negara Berkembang terjemah Suharyo, DR, Prof, IKIP Semarangpress
- Hamam Hadi, Prof. dr .M.S.,Sc.D. Beban Ganda masalah Gizi dan Implikasinya Terhadap kebijakan pembangunan Kesehatan Nasional. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar pada Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada .5 Februari 2005. Kutip 17 Desember 2011.
<http://gizi.depkes.go.id/wp-content/uploads/2011/08/Beban-ganda-masalah-gizi.pdf>
- Idewa Nyoman Supriasa dkk (2003). Penilaian Status Gizi.Buku Kedokteran.Jakarta
- Kusnandi Rusmil, SpA(K),MM .Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak..2008 (Kutip:15 Desember 2011).
<http://www.aqilaputri.rachdian.com>
- M Norhayati et all. Malnutrition and its risk factors among children 1-7 years old in rural Malaysian communities.1997.Kutip 17 Desember 2011.
<http://apicn.nhri.org.tw/server/apicn/Volume6/vol6.4/norhayati1.htm>
- MAA Khan Attak adn S.ALI. Malnutrition and associated Risk factors in Pre school children (2-5 years) in Distric Swabi (NWFP) Pakistan. *J med sci* 10(2) 34-39.V 2-2010.
- Martorell dan Habirch JP, (2001) Growth Early Childhood in developing countries in : Harahap H. Konseling Gizi dan Kesehatan untuk Pertumbuhan dan Perkembangan Motorik Kasar Anak Kurang Gizi Penderita Ispa. *Gizi Indonesia* Vol XXV. hal 12 -13 Bogor, 2001
- Mongkolchatu A, et all. Prevalence and incidence of child stunting from birth to two years of life in Thai children: based on the .Prospective Cohort Study of Thai Children (PCTC).2000-2002.(Kutip 14 Desember 2011).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21344798>
- Salimar dkk, Karakteristik masalah Pendek (stunting) pada Anak balita di Seluruh Wilayah Indonesia, (2009) *Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan*, Suplemen, volume 32, hal.63-74.Bogor. 2009.
- Sunita Almaisier, (2000) prinsip- dasar ilmu gizi.Gramedia Pustaka Utama. Jakarta